

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 12

Importance des Tumeurs villeuses

dans la

Genèse des Cancers rectaux

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 30 JANVIER 1946

PAR

JOSEPH BERKOWITZ

Né le 15 juin 1915, à Londres

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{ MM. BAUMEL, Professeur, *Président*.
HARANT, Professeur
MOURGUE-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé

} **Assesseurs**

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1946



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 12

Importance des Tumeurs villeuses

dans la

Genèse des Cancers rectaux

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 30 JANVIER 1946

PAR

JOSEPH BERKOWITZ

Né le 15 juin 1915, à Londres

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MM. BAUMEL, Professeur, *Président*.
HARANT, Professeur
MOURGUE-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé

} Assesseurs

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1946

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HÉDON.
Chimie biologique et médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hyg. du premier âge.....	DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-larg. et chir. maxillo-faciale.....	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie..... MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clin. de la tuberc. VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie... CARRÈRE, <i>agrégé</i> .	Pathologie et pro- MOURGUE-
Hist. nat. médic.. HARANT, <i>agrégé</i> .	péd. chirurg. ... MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie... HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathol. chirurg... TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie méd.. BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opérat.. ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeut. méd.. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements... CADERAS
Clinique interne.. PUECH, <i>professeur</i> .	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clin. des mal. cont. JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie.....

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine..... P. RIMBAUD.	Chirurgie..... MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES.
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	— ROUX.
Chimie..... MONNIER.	Urologie..... TRUC
Bactériologie... CARRÈRE.	Accouchements.. CADERAS
Histoire nat. méd. HARANT.	DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. BAUMEL, professeur, président
HARANT, professeur.

MM. MOURGUE-MOLINES, *agrégé*.
ROUX, *agrégé*.



Importance des Tumeurs villeuses
dans la
Genèse des Cancers rectaux

A MA GRAND'MÈRE

In memoriam

A MON PÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. OLIVIER

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier

*Après duquel nous avons trouvé un
bienveillant accueil. Nous le remercions
de nous avoir inspiré le sujet de cette
thèse et de nous avoir fait l'honneur d'en
accepter la présidence.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBERT

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine
Assistant de Médecine expérimentale

*Nous le remercions d'avoir bien voulu
nous aider de ses conseils.*

Importance des Tumeurs villeuses

dans la

Genèse des Cancers rectaux

INTRODUCTION

Sur l'étude des tumeurs villeuses simples ou adéno-villeuses, de même que sur celle des cancers rectaux, un grand nombre de travaux et d'articles ont paru, dont, en particulier ceux de M. le Professeur BAUMEL et de ses élèves, que nous citerons plus loin. Par contre, il a été peu écrit sur les rapports de ces deux affections.

C'est grâce aux travaux entrepris au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier, sous la direction de M. le Professeur BAUMEL et de M. le Dr GUIBERT, chef de laboratoire, assistant de médecine expérimentale, qui, par des examens histologiques de prélèvements de sujets atteints de néoplasmes rectaux, nous ont permis de montrer l'importance qu'il y a à étudier sur un même plan les deux questions aussi importantes que celles des cancers rectaux et des tumeurs villeuses.

En effet, sur une période de six ans, de novembre 1939 à janvier 1946, M. le Professeur BAUMEL et M. le Dr GUIBERT, n'ont pas examiné et étudié moins de 368 biopsies de néoplasmes rectaux. Sur ce nombre, ils ont trouvé 29 tumeurs villeuses ou adénovilleuses cancérisées, soit une proportion de 1 pour 12.

En outre, il faut tenir compte de ce que les fragments prélevés, l'étaient par des chirurgiens traitants ne faisant pas la discrémiation entre l'une ou l'autre tumeur, et il est raisonnable de croire que la proportion des tumeurs villeuses cancérisées est en réalité, beaucoup plus élevée.

Nous allons, dans cette étude, montrer la fréquence consi-

dérable les cancers rectaux dus à une transformation néoplasique de cette affection bénigne qu'est la tumeur villeuse.

Afin de prouver nos dires et d'en tirer les conclusions cliniques et thérapeutiques qui semblent s'imposer, nous allons développer cette thèse en cinq chapitres.

Dans un premier chapitre, nous traiterons le syndrome rectal, syndrome vaste puisqu'il englobe toute la pathologie du rectum avec ses méthodes d'explorations et d'investigations, toucher rectoscopie, radiographie, biopsie.

Le second chapitre aura trait à l'anatomie pathologique de la tumeur villeuse sous ses rapports bénins et malins. Nous pensons ainsi que le Professeur BAUMEL l'a démontré, que si la tumeur villeuse peut prétendre à une place particulière dans le cadre nosologique des affections du rectum. Il ne s'agit pas là, ni d'une variété d'adénome, ni encore moins, comme pour certains qui distinguent des polypes villex bénins et des cancers superficiels à structure villeuse, ou encore comme d'autres qui la considèrent comme une néoplasie de transition. Evidemment, tant au point de vue clinique que thérapeutique, il y a intérêt à faire la distinction d'avec l'adénome ou le cancer.

Le troisième chapitre portera sur le diagnostic clinique et de laboratoire de la tumeur villeuse.

Un quatrième chapitre s'intitulera : les Tumeurs villeuses bases des néo-épithéliaux. Ce sera le chapitre des observations recueillies au laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur BAUMEL.

Enfin, dans un cinquième chapitre, nous toucherons un mot de la thérapeutique, où deux écoles s'affrontent, celle des chirurgiens partisans de l'exérèse et celle de M. le Professeur BAUMEL et de ses élèves qui ont obtenu par la diathermocoagulation, méthode non traumatisante, indolore, en un mot méthode élégante, la guérison définitive de leurs malades.

Et c'est ainsi que nous aurons été conduits à la conclusion qui est le titre même de cette thèse : *L'importance des tumeurs villeuses dans la genèse des cancers rectaux.*

CHAPITRE I

LES SYNDROMES

Le syndrome rectal.

Jusqu'à ce jour, on trouvait dans les traités de pathologie gastro-intestinale, les différents articles traitant soit des colites, du syndrome dysentérique du cancer du rectum, de la tumeur vilieuse, etc., en tant qu'affections nettement classées, étiquetées.

Mais on ne trouvait pas un travail groupant sous une même rubrique des états pathologiques variés intéressant la région rectale.

Or, et c'est là un fait très important, puisque la tumeur vilieuse peut revêtir des symptômes fonctionnels variés, qu'il importait d'avoir présent à l'esprit un travail de synthèse. C'est ce travail de synthèse que M. le Professeur Baumel a réalisé sous la rubrique : *Le Syndrome rectal, syndrome non de maladie, mais de localisation* et nous ne pouvons mieux faire que de nous y rapporter.

Le syndrome rectal se caractérise essentiellement par des troubles de la défécation. Il se présente sous des modalités diverses : syndrome dysentérique, de beaucoup le plus important, dyschesie et incontinence, rétention rectale de gaz. Nous décrirons seulement le syndrome dysentérique, la dyschesie et la rétention rectale de gaz étant hors du cadre de notre sujet d'étude.

Le syndrome dysentérique.

Le mot dysentérie évoque dans beaucoup de milieux médicaux et paramédicaux l'idée de selles fréquentes et diarrhéiques. C'est une erreur grossière. Etymologiquement, le mot dysenterie vient de deux mots grecs qui signifient aller difficilement à la selle, ce qui caractérise de façon parfaite le

syndrome dysentérique : besoins fréquents et impérieux, douloureux même d'aller à la selle, selles peu importantes, difficiles, contenant peu ou pas de matières fécales et seulement une ou plusieurs glaires sanguinolentes, véritables « crachats rectaux », douleurs après l'émission de cette pseudo-selle.

Ces faux besoins jusqu'à 100 et plus par 24 heures, dans les cas graves, doivent être satisfaits sans délai, tellement la colique éprouvée est violente.

Après l'évacuation, la sensation de bien-être qui suit toujours l'émission d'une selle normale, ne vient pas et c'est ainsi la répétition de faux besoins qui sont suivis d'une ou deux fois dans la journée d'une évacuation fécale vraiment importante, de matières plus ou moins pâteuses ou diarrhéiques mêlées à des glaires, du sang, parfois même du pus.

Dans le cas où le syndrome dysentérique est très violent un syndrome vésical avec épreintes et ténésme de ce dernier organe vient s'y ajouter.

Physiologie pathologique du syndrome.

Épreintes et ténésme, faux besoins rectaux traduisent l'inflammation de la muqueuse rectale, rouge, congestionnée, œdématisée.

Les examens endoscopiques, rectoscopiques, cystoscopiques montrent bien cette inflammation. La muqueuse est même souvent le siège d'ulcérations, parfois en simples coups d'ongles ; d'autres fois plus importantes ; elle est en outre, purpurique, saignante : ce sont ces ulcérations qui sont le point de départ de réflexes évacuateurs, incessant et douloureux.

Le ténésme rectal est une sensation variable de tension qui donne tantôt l'impression d'une poussée sur l'anus, tantôt l'impression d'une dilatation de l'ampoule rectale avec sensation de corps étrangers. Poussée ou dilatation sont également douloureuses.

Le ténésme se distingue des épreintes qui sont des coliques violentes qui précèdent l'évacuation intestinale.

Il reconnaît :

une origine sigmoïdienne haute
— — — inférieure
— — — rectale

Dans le premier cas, il est dû à une pression des matières

enfermées dans le côlon, en place dans le Douglas. Ceci est rare chez l'homme, fréquent chez la femme quand il y a irritation pelvi-péritonéale. Au cours d'un toucher combiné rectal et vaginal, on découvre aisément que la masse fécaloïde perçue n'est pas dans le rectum.

Dans le second cas, bien plus fréquent, le ténesme est d'origine sigmoïdienne inférieure. *Léger*, il est dû parfois à un simple prolapsus de la muqueuse sigmoïdienne dans le rectum. *Violent*, survenant après la selle, il est lié à l'invagination persistante intra-rectale du sigmoïde. Le piston sigmoïdien n'est pas revenu en place et donne dans le rectum la sensation de corps étranger.

Dans le troisième cas, le ténesme est d'origine anorectale *intrinsèque* ou *extrinsèque*.

D'origine intrinsèque, il traduit les rectites aiguës. C'est la muqueuse elle-même qui donne au malade, la sensation de la plénitude et au doigt explorateur l'impression de chaleur, de tension. Les hémorroïdes, une anusite peuvent s'accompagner et pour les mêmes causes, des mêmes troubles subjectifs,

D'origine extrinsèque, le ténesme s'apparente aux réactions inflammatoires de voisinage. Il est fréquent dans les pelvi-péritonites générales, dans les fibromes cervicaux, dans les cystites et prostatites. Il n'est d'ailleurs pas rare de rencontrer dans certaines dysenteries sigmoïdo-rectales aiguës un ténesme double, accolé en canon de fusil, atrocement douloureux qui réalise en même temps le faux besoin d'uriner et le faux besoin d'aller à la selle.

Variantes étiologiques.

Pendant très longtemps on a cru que le syndrome dysentérique était l'apanage exclusif de la dysenterie amibienne. Il n'en est rien. Il est prouvé que ce syndrome apparaît non au cours d'une lésion donnée plus ou moins spécifique, mais qu'il est uniquement un syndrome de localisation qui traduit simplement l'inflammation du segment terminal de l'intestin, la charnière recto-sigmoïdienne, l'anus lui-même.

Le syndrome dysentérique se produit aussi bien au cours de la dysenterie amibienne qu'au cours de l'évolution de toutes les inflammations rectales, que ces dernières soient des rectites banales ou spécifiques. Ce syndrome se retrouve au cours des poussées hémorroïdaires quand il existe de la rectite

sus-hémorroïdaire au cours de la simple inflammation causée par la présence anormale de matières fécales dans la cavité rectale jusqu'au cancer recto-sigmoïdien en passant par la rectite grippale, tuberculeuse, gonococcique, syphilitique ou toxique, la localisation ano-rectale de la maladie de Nicolas Favre, la polypose rectale, les recto-colites ulcéreuses hémorragiques, les angiomes rectaux. Tout médecin doit connaître ces faits, l'apparition d'un syndrome dysentérique doit immédiatement déclencher une rectoscopie.

CHAPITRE II

L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR VILLEUSE

C'est volontairement que nous serons brefs sur les caractères macroscopiques de la tumeur villeuse. Par contre, nous décrirons plus longuement les détails histologiques de la tumeur villeuse pure, de la tumeur adéno-villeuse et de la tumeur villeuse et adéno-villeuse cancérisée.

I. — LA TUMEUR VILLEUSE NORMALE

Caractères macroscopiques.

On peut distinguer trois types : la tumeur pédiculée ; la tumeur en plaque ou circulaire et les végétations villeuses diffuses.

Les tumeurs pédiculées ont généralement des pédicules courts et larges ; toutefois, certains de ces pédicules peuvent atteindre 5 et 7 cm.

Le volume moyen oscille entre celui d'une cerise à celui d'un œuf de poule. Dans une observation de M. le Professeur Baumel ; nous avons noté une tumeur du volume d'une mandarine. Certains auteurs et notamment le professeur Mondor, signale une tumeur atteignant la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

Les tumeurs sessiles sont constituées par des houppes de végétations insérées côte à côte et figurant un dessin bien limité, soit de plaques, soit de bandes obliques ou circulaires.

Enfin, différents auteurs ont insisté sur la fréquence des tumeurs multiples.

L'aspect de la néoformation est très caractéristique. La surface de la tumeur est finement végétante et les végétations sont d'une consistance un peu molle.

Dans tous les cas, la tumeur demeure purement superficielle. La muqueuse rectale avoisinante est parfaitement saine, gardant toute sa souplesse. Son aspect et sa coloration sont normaux.

Etude histologique de la tumeur villeuse pure.

Sur une coupe histologique, la tumeur se caractérise essentiellement par ses franges villeuses qui interrompent brusquement la continuité intestinale. Lorsque la tumeur est sessile, les villosités s'insèrent en série linéaire sur le chorion qui paraît à peine plus épais qu'au niveau de la muqueuse saine voisine.

S'il s'agit au contraire, d'une tumeur pédiculée, l'infra-structure conjonctive est plus épaisse et se divise à sa surface, en une série de mamelons dans chacun^{desquels} vient prendre racine une houppe de villosités.

Ce qui frappe tout d'abord dans cet examen pratiqué au faible grossissement, ce sont les limites nettes de cette néoformation. En effet, en profondeur, il n'y a aucune modification, le chorion, les couches musculaires, le tout reste normal. Latéralement, la même brusque transition se voit; il semble que la tumeur paraît enchassée dans la muqueuse normale.

Au faible grossissement dans la préparation étudiée, on est frappé par le grand nombre de villosités se présentant sous des physionomies très variables, suivant les incidences.

Lorsque les villosités sont sectionnées transversalement, on a une « image glandulaire inversée » (Bensaude-Cain et Lambling).

Si l'incidence est oblique, on voit des lambeaux isolés ayant perdu toute continuité apparente avec la masse villeuse l'axe conjonctivo-vasculaire et le revêtement épithélial ayant été sectionnés séparément.

Le chorion de la muqueuse épaissi au point d'implantation, donne naissance au *stroma conjonctif* de la tumeur.

La muscularis mucusæ perd sa netteté, si bien que la base conjonctive de la néoplasie repose directement sur la musculuse, mais cela ne la déforme ni ne la pénètre jamais.

Le tissu conjonctif forme l'armature de la tumeur villeuse, il se résoud en fibrilles mêlées à des leucocytes et à des cellules conjonctives qui occupent l'axe de la villosité. Celle-ci est, en outre, parcourue par un capillaire.

A un fort-grossissement, on peut étudier le revêtement épithélial. Il est constitué de cellules hautes, régulièrement ordonnées. Une couche uniforme de cellules cylindriques disposées en palissage, forme un revêtement continu. — Le noyau de ces cellules, situé à la base, est allongé ou ovoïde avec de fines granulations toujours normales. Le cytoplasme est fortement teinté par les colorants.

La muqueuse normale est formée de cellules calloïformes à mucus alors que les villosités sont formées en majorité de cellules sombres. Il faut toutefois, noter dans le revêtement des villosités des cellules à mucus, mêlées aux précédentes et en particulier à la base des arborisations.

En résumé, nous avons l'aspect d'un épithélium palissadique.

L'épithélium à cellules mucipares ne présente aucun caractère spécial ; il est semblable à l'épithélium intestinal normal. Nous voyons ce qui individualise la tumeur villeuse, c'est :

- 1^o son aspect villeux ;
- 2^o structure normale et aspect palissadique de l'épithélium ;
- 3^o la persistance de cellules à mucus ;
- 4^o l'intégrité du chorion.

II. — LA TUMEUR ADÉNO-VILLEUSE BÉNIGNE

La tumeur adéno-villeuse se distingue de la tumeur villeuse pure, par le fait qu'à une architecture végétante s'ajoute une architecture adénomateuse.

En effet, les franges épithélio-conjonctivo-vasculaires, d'une ténuité, extrême parfois, voisinant avec des territoires où les formations tubulaires et le chorion qui les accompagne sont en hyperplasies marquées. Il en résulte, dans cette portion de la tumeur, l'édification d'une architecture adénomateuse, c'est-à-dire, non seulement une multiplication de l'appareil glandulaire avec une grande diversité dans les contours des tubes, mais encore une hyperplasie du chorion conjonctive-vasculaire.

Et c'est bien parce qu'il y a synchronisme entre l'hyperplasie anormale de l'élément épithélial et de l'élément mésenchymateux que l'on peut employer le terme d'*adénome* pour cette portion de la tumeur.

III. — LES TUMEURS VILLEUSES PURES ET TUMEURS VILLEUSES CANCÉRISÉES

Nous réunirons dans une seule et même description histologique, les tumeurs villeuses pures et les tumeurs adéno-villeuses. En effet, comme avons surtout en vue, ici, la transformation maligne des premières, c'est avant tout la portion végétante des secondes qui retiendra attention.

A un faible grossissement, on retrouve, dans ces deux sortes de néoplasies, l'aspect végétant des tumeurs villeuses bénignes ; mais, déjà, la chromophilie des cellules épithéliales est beaucoup plus marquée et l'ensemble de la préparation histologique offre une teinte sombre.

D'autre part, le chorion conjunctivo-vasculaire apparaît occupé, deci delà, par des formations très colorées qui tranchent sur l'aspect généralement peu chromophile de ce territoire.

A un plus fort grossissement, on se rend vite compte que l'hypercolorabilité des cellules éphithéliales des franges provient du fait que ces éléments ont perdu leur pouvoir mucipare : au lieu de présenter un cytoplasme clair renfermant une certaine quantité de mucus, on voit que cette partie de la cellule est plus sombre et plus basophile. Le noyau est, lui aussi, hyperchromatique ; de plus, il est irrégulier, hypertrophié et n'occupe plus le pôle basal de la cellule, mais des positions très variables ; il est souvent en diuision directe ou indirecte. En outre, alors que dans les tumeurs villeuses ou adéno-villeuses bénignes, les cellules épithéliales sont disposées en un revêtement palissadique très régulier, par rapport à l'axe conjunctivo-vasculaire central, dans le cas de ces mêmes tumeurs cancérisées cette ordonnance est rompue : le revêtement épithéal devient irrégulier et pluristratifié parfois.

Mais il y a plus. Dans les tumeurs villeuses pures ou adéno-villeuses bénignes, le chorion des franges ou bien celui du pédicule (ou d'une portion du pédicule) est toujours indemne de toute pénétration de la part des formations épithéliales glandulaires. Il n'en est pas de même lorsque ces tumeurs deviennent malignes : on voit alors les éléments épithéliaux en prolifération cancéreuse envahir le tissu conjunctivo-vasculaire du chorion et y constituer des tubes pseudo-glandulaires plus ou moins bien différenciés.

L'invasion du tissu mésenchymateux par les cellules épithéliales cancérisées est évidemment le signe le plus probant en faveur de la malignité histologique de la tumeur vilieuse ou adéno-vilieuse. Toutefois, on sait que, déjà, la perte de la potentialité mucipare est considérée par la plupart des auteurs comme un important signe de présomption de malignité histologique. Il s'y ajoute les anomalies cytoplasmiques et nucléaires et enfin, l'intensité de l'activité kinétique.

CHAPITRE III

LE DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR VILLEUSE

La symptomatologie de la tumeur villeuse est souvent réduite. Chez certains malades, le symptôme qui attire l'attention est l'hémorragie rectale, chez d'autres, l'écoulement muco-glaireux. Parfois, c'est une constipation ou, au contraire, une pseudodiarrhée qui amènent le malade à consulter. Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la tumeur villeuse, dont la symptomatologie, souvent réduite comme nous l'avons vu plus haut et surtout variable au même titre que les autres affections du syndrome rectal, sera essentiellement fondé sur la *biopsie*.

Cependant, il est indispensable de pratiquer *le toucher rectal* et la *rectoscopie*, qui bien conduite, permet d'affirmer le diagnostic dans la majorité des cas. Quant à *l'examen radiologique*, il n'a qu'un intérêt restreint, il montre le plus souvent un remplissage normal de l'intestin, ce qui explique la mollesse habituelle de la tumeur villeuse. Au cas où il se forme une image lacunaire, elle n'a rien qui la différencie de celle que l'on voit couramment dans les néoplasies et sa constatation permet seulement d'affirmer l'existence de sa nature.

Le toucher rectal.

C'est un moyen d'investigation clinique qu'il ne faut jamais négliger. Il permet de se rendre compte non seulement de l'état de la muqueuse et des parois rectales jusqu'à 7 ou 8 cm. de l'anus, mais encore de la région péri rectale de la prostate chez l'homme, de l'utérus et des annexes chez la femme.

Il devra être pratiqué chaque fois qu'il existe un syndrome rectal ou un syndrome anal, toutes les fois même que, sans syndrome nettement localisé à la partie terminale du tube digestif, on se trouve en présence d'un malade qui a une diar-

rhée chronique, une constipation opiniâtre ou des hémorragies anales.

Quant à sa technique, elle est simple ; en effet, plusieurs positions peuvent permettre de faire une bonne exploration digitale du rectum et de l'anus ;

soit le décubitus dorsal : le malade bien à plat.

— — latéral gauche,

soit la position genu pectorale, dite position rectoscopique.

Le toucher rectal, s'il ne permet pas toujours à lui seul, de faire un diagnostic n'en constitue pas moins un de ses éléments essentiels. C'est ainsi qu'il sera possible par la pratique du toucher rectal de reconnaître la fissure anale, l'abcès péri-anal et péri-rectal, les hémorroïdes, les polypes, le cancer, les rectites, les rétrécissements.

Les impressions tactiles recueillies varient suivant que l'on se trouve en présence d'une tumeur pédiculée, ou à des végétations en plaques presque sessiles. — Dans le cas qui nous intéresse, les sensations perçues par le doigt sont très particulières. L'index délimite mal une zone légèrement saillante, molle, dépressible dont les contours fuyants échappent à toute précision. Il semble que le doigt pénètre dans une masse gélatineuse qui donne l'impression d'un amas de replis muqueux. On ne sent aucun pédicule, parfois une zone plus élastique, sinon indurée, mais l'ensemble de végétations est parfaitement souple et mobile.

D'autre fois, il s'agit d'une tumeur lobulée et pédiculée. Le doigt peut alors suivre les contours de l'insertion, un peu plus ferme en général que la tumeur elle-même, mais ne peut en préciser exactement l'étendue comme dans le cancer ou le polype. La tumeur dont les bords sont mous et fuient sous le doigt est plus élastique et plus ferme que dans la forme précédente. Parfois sa surface donne l'impression d'un granité souple et fin, un peu plus résistant en certains points. L'ensemble de la tumeur est mobile sur les plans profonds et la muqueuse avoisinante est souple. On ne manquera pas de rechercher des petites végétations aberrantes qui pourraient être à l'origine d'une récurrence.

La rectoscopie.

De toutes les endoscopies digestives, la plus facile, de beaucoup, à réaliser est certainement la rectoscopie.

La rectoscopie sert non seulement au diagnostic, mais encore au traitement des affections recto-sigmoïdiennes. C'est une endoscopie à vision directe, à apposer aux endoscopes à vision indirecte comme la gastroscopie.

Indications de la rectoscopie.

Des hémorragies, des épreintes, du ténésme ne rétrocedant pas dans les 15 jours qui suivent leur apparition, commandent l'examen rectoscopique. Bien fait, cet examen est exempt de danger pour le malade.

Il n'existe pas de contre-indication formelle à un examen rectoscopique. Simplement, la plus grande prudence est toujours indispensable dans la manœuvre du rectoscope. Le tube ne doit jamais progresser en dehors du contrôle de la vue et ne doit jamais être poussé en force. Complétant le toucher rectal dont le moyen d'exploration ne dépasse pas 3 cm., l'examen rectoscopique permet de progresser jusqu'à 35 cm. de l'anus.

Une rectoscopie ne se fait jamais extemporanément, le malade doit être préparé. Ayant eu ses deux lavements, il sera placé en position genu pectorale, sauf s'il s'agit d'un rejet agi hypertendu.

Le rectoscope ayant été soigneusement stérilisé, sera introduit tout doucement dans le rectum à travers l'anus. Pendant toute la durée de la progression, l'opérateur devra avoir le trajet intestinal béant et ne jamais passer le tube sur une paroi.

Ici encore, l'aspect peut être variable, mais en tout cas bien spécial, et dans un grand nombre de cas, la tumeur présente une image quasi pathognomonique.

Tantôt le rectoscope découvre un amas glaireux et filant derrière lequel on aperçoit à peine la coloration rosée de la tumeur. Aucune néoplasie rectale ne détermine une sécrétion muqueuse comparable.

Parfois le fin chevelu des villosités est nettement visible. Plus souvent, les villosités restent agglutinées les unes aux autres, découvrant alors une très fine mosaïque d'aspect rosé ou rouge sombre.

La tumeur ne s'oppose nullement à la progression du rectoscope. Contrairement au cancer, elle s'efface devant le tube et s'écrase contre la muqueuse sans que le traumatisme détermine une hémorragie appréciable.

D'ordinaire, la muqueuse est saine alentour. Il importe cependant de rechercher soigneusement les petites villosités aberrantes qui peuvent exister comme nous l'avons déjà signalé plus haut.

Biopsie.

Ainsi que nous l'avons affirmé, la biopsie joue un rôle capital dans la confirmation et la précision du diagnostic, comme instrumentation, elle nécessite une pince très longue, type Brunnings. Du point de vue technique, le rectoscope en place, on introduit la pince et on ferme sa portion coupante. Il ne reste plus qu'à retirer le fragment et à le placer dans un liquide fixateur.

Le malade n'a pas besoin de préparation spéciale. La biopsie est, en effet, indolore si elle porte sur la muqueuse recto-sigmoïdienne. Toutefois, il ne faut jamais faire une biopsie sur une paroi normale (risque de perforation), dans les inflammations aiguës, en présence d'une vascularisation anormale, dans les rectites avec infection très virulente.

On pratique plusieurs prélèvements, car il ne faut pas oublier que, seule, peuvent avoir une signification absolue, les renseignements positifs.

Nous terminerons ce paragraphe sur la biopsie en insistant sur le fait que le diagnostic biologique devra toujours être confronté avec les constatations cliniques.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

**Dues à l'obligeance de M. le Professeur Baumel
et de M. le D^r Guibert**

Cas 16518. — Mme Back..., 71 ans, 15.1.1940. Diagnostic clinique : squirrhe en ficelle du rectum.

Histologiquement, tumeur villeuse, cancérisée.

Toutes les végétations épithélio-conjonctivo-vasculaires comportant un revêtement épithélial formé de cellules cylindriques hautes, dépourvues de potentialité mucipare; elles présentent une grande activité kinétique et infiltrent le tissu conjonctivo-vasculaire intervilleux. La stroma-réaction est très marquée.

Cas 16617. — M. Pr..., 60 ans, 16.2.1940. Tumeur rectale.

L'examen histologique des fragments envoyés, montre que l'on a affaire à un processus de prolifération épithéliale réalisant l'aspect de la néoplasie adéno-villeuse cancérisée. En effet, à côté de territoires qui ne montrent que de l'hyperplasie glandulaire simple avec dilatations anormales des tubes, on trouve des zones où l'épithélium constitue des franges épithélio-conjonctivo-vasculaires sectionnées sous diverses incidences; les cellules épithéliales qui les forment prolifèrent irrégulièrement, elles sont douées d'une grande activité amitotique et mitotique; elles ont perdu la potentialité mucipare et envahissent le chorion. Nombreux éléments réactionnels.

Cas 16856. — En date du 27.5.1940. Biopsie rectale.

On a affaire à une tumeur adéno-villeuse cancérisée. Les éléments cancéreux ont envahi la sous-muqueuse et réalisent la structure de l'épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire. Nombreux éléments réactionnels.

Cas 16968. — En date du 23.7.1940. Mme Sau... Biopsie rectale.

Il s'agit d'une tumeur adéno-villeuse cancérisée.

On voit très bien au microscope la transformation cancéreuse des cellules épithéliales des franges formant la portion villeuse

de la tumeur. Disparition totale de la potentialité mucipare ; activité kinétique importante ; atypie cellulaire ; envahissement des axes conjonctivo-vasculaires des franges par des éléments cancéreux. On voit même l'essaimage cancéreux à la base des villosités ; c'est l'épithélioma cylindrique pseudo glandulaire qui se trouve réalisé.

Cas 18785. — En date du 17.10.1941. Biopsie recto-sigmoïdienne.

On se trouve en présence d'une prolifération épithéliale réalisant l'aspect histologique de la néoplasie adéno-villeuse. Les cellules épithéliales des franges papillaires sont très chromophiles ; elles ont perdu leur potentialité mucipare et prolifèrent dans le chorion sous-muqueux. Forte stroma-réaction.

Cas 18375. — En date du 2.8.1941. Tumeur du rectum.

La transformation maligne des éléments cellulaires constitutifs de cette tumeur villeuse est évidente, mais comme elle est d'une part sessile et d'autre part fortement ulcérée, il ne subsiste qu'un petit nombre de franges nettement individualisées.

Les éléments cancéreux sont très actifs et la stroma-réaction importante.

Cas 18139. — En date du 31.5.1941. Tumeur rectale.

Il s'agit manifestement d'une tumeur adéno-villeuse. Bien que la portion papillaire et végétante soit celle qui présente le plus de figures de cancérisation, la portion non végétante est aussi le siège d'un processus prolifératif malin ; les cellules cancéreuses essaient largement dans la sous-muqueuse.

Cas 18138. — En date du 31.5.1941. Tumeur rectale.

L'examen histologique du fragment envoyé montre qu'il s'agit d'une tumeur villeuse sessile cancérisée. Les franges épithélio-conjonctivo-vasculaires ne comportent plus de cellules mucipares, l'activité kinétique est très marquée et le chorion est envahi par des éléments cancéreux.

Cas 19545. — En date du 8.3.1942 M. Gay... Tumeur rectale.

C'est à une tumeur villeuse pure que l'on a affaire. Elle est en cours de transformation cellulaire maligne : en effet, la potentialité mucipare est très fortement diminuée et de plus, on observe un début d'essaimage dans le chorion. Nombreux éléments réactionnels.

Cas 20117. — En date du 24.5.1942. M. Ro...

On se trouve en présence d'une tumeur villeuse pure cancérisée. Les villosités, sectionnées sous diverses incidences possèdent des cellules cylindriques dont la potentialité mucipare a à peu

près complètement disparu ; l'activité mitotique et amitotique est intense et l'invasion du chorion est en pleine réalisation.

Cas 20704. — En date du 6.10.1942. M. Com... Néo-rectal.

L'examen histologique des fragments envoyés, montre que l'on a affaire à une tumeur villeuse pure, présentant des signes de cancérisation. Absence totale de cellules mucipares, activité kinétique intense infiltration, néoplasique du chorion en sont une preuve suffisante.

Cas 20851. — En date du 26.10.1942. M. Ca...

On a bien affaire à une tumeur villeuse cancérisée.

L'examen au microscope montre, en effet, une suppression totale de la potentialité mucipare des cellules épithéliales et une pénétration dans le chorion des éléments néoplasiques. Forte stroma-réaction.

Cas 20888. — En date du 20.10.1942.

Il s'agit d'une tumeur villeuse pure cancérisée, Certaines cellules mucipares persistent encore. Cependant la malignité histologique est évidente puisque l'on assiste à l'invasion néoplasique du chorion conjonctivo-vasculaire.

Cas 21021. — En date du 21.11.1942. M. Mer...

Il s'agit manifestement d'une tumeur villeuse pure, en cours de transformation cellulaire maligne. L'absence de cellules à mucus dans le revêtement épithélial, la prolifération intense et l'infiltration néoplasique du chorion sont nettement caractérisées. Nombreux éléments lympho-histiocytaires réactionnels.

Cas 21071. — En date du 30.11.1942. M. Cha... Tumeur rectale.

L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à une tumeur villeuse pure cancérisée. On a l'attention retenue par les trois faits histologiques suivants : la suppression de la potentialité mucipare, le pouvoir kinétique intense et l'essaimage cancéreux dans le chorion.

Cas 21317. — En date du 19.1.1943. M. Sche... Néoplasie rectale.

On se trouve en présence d'une tumeur adéno-villeuse en transformation cellulaire maligne. La portion villeuse montre une perte totale de la potentialité mucipare ; l'invasion cancéreuse du chorion est aussi marquée pour la région adénomateuse que pour l'autre.

Cas 22572. — En date du 25.7.1943. M. Cou...

Il s'agit d'une prolifération épithéliale réalisant l'aspect histolo-

gique de la tumeur adéno-villeuse en voie de cancérisation. On se rend nettement compte, en étudiant la portion villeuse, que les cellules mucipares tendent à perdre leur potentialité mucipare : d'ailleurs, elles apparaissent beaucoup plus sombres que les cellules à mucus normal. En outre, il existe des signes d'activité cellulaire normale ce qui explique le début d'invasion du chorion par les éléments épithéliaux.

Cas 22062. — En date du 11.5.1943. M. Lher...

L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à une tumeur adéno-villeuse en cours de transformation cellulaire maligne. On voit les cellules épithéliales de la portion villeuse qui n'ont plus la potentialité mucipare et, de plus, l'invasion du chorion est nettement caractérisée. Nombreux éléments lympho-histiocytaires réactionnels.

Cas 22993. — En date du 8.10.1943. M. Leau...

Le microscope montre que l'on se trouve en présence d'une tumeur villeuse pure cancérisée. Il semble bien que cette transformation cellulaire maligne soit à son début : en effet, si l'absence de la potentialité mucipare est à peu près totale, par contre l'invasion du chorion par les cellules néoplasiques est à peine ébauchée.

Cas 23310. — En date du 24.11.1943. M. Ca...

L'examen histologique du fragment envoyé montre que l'on a affaire à une tumeur villeuse transformée en épithélioma. En effet, on constate que les cellules à mucus ont à peu près complètement disparu, que les éléments épithéliaux néoplasiques sont doués d'une grande activité mitotique et amitotique et enfin, que le chorion est largement envahi par eux. Il y a de nombreux éléments réactionnels.

Cas 23466. — En date du 15.12.1943. M. Br...

On se trouve en présence d'une tumeur villeuse au début de la cancérisation. Les franges épithélio-conjonctivo-vasculaires comportent déjà de très nombreuses cellules qui ont perdu leur pouvoir sécrétoire mucipare et qui apparaissent douées d'une activité kinétique anormale. Nous n'avons pas encore observé d'envahissement du chorion par des éléments cancéreux.

Cas 23489. — En date du 20.12.1943. M. Bre...

Il s'agit d'une tumeur villeuse pure cancérisée. On observe très nettement une désorganisation de l'épithélium de revêtement des franges par suite d'une activité kinétique anormale, une perte marquée, sinon totale, de la potentialité mucipare et enfin, la pénétration dans le chorion des cellules néoplasiques. Elles y

reproduisent la structure de l'épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire. Nombreux éléments lympho-histiocytaires réactionnels.

Cas 23576. — En date du 5.1.1944. M. Pig...

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur adéno-villeuse cancérisée. La portion adénomateuse comporte encore de nombreuses glandes à structure normale. La portion villeuse par contre, ne montre que des franges dont l'épithélium de revêtement est dépourvu de cellules mucipares douées d'un grand pouvoir kinétique mitotique et amitotique ; celles qui les remplacent envahissent le tissu conjonctivo-vasculaire du chorion.

Cas 23640. — En date du 14.1.1944. M. Debru...

L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à une tumeur villeuse pure en cours de cancérisation. En effet, la potentialité mucipare des cellules épithéliales a complètement disparu, il existe des signes d'une activité kinétique importante et on assiste à l'invasion du chorion par les cellules néoplasiques. Elles y constituent un épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire.

Cas 24800. — En date du 28.7.1944. M. Cou:..

On a affaire à une tumeur villeuse pure cancérisée. Les franges épithélio-conjonctivo-vasculaires apparaissent très sombres par suite de l'absence totale de cellules mucipares ; ces éléments à structure néoplasique sont en division active et on les voit pénétrer dans le chorion pour y constituer un épithélium cylindrique pseudo-glandulaire.

Cas 24475. — En date du 8.8.1944. M. Ma...

Il s'agit d'une tumeur villeuse pure, en transformation maligne. On constate très nettement l'invasion du chorion par des éléments épithéliaux doués d'une activité kinétique très grande et ayant perdu la potentialité mucipare. C'est l'épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire qui se trouve ainsi réalisé.

Cas 26219. — En date du 21.5.45. X...

On se trouve en présence d'une tumeur adéno-villeuse cancérisée. La perte de la potentialité mucipare des cellules épithéliales est totale : quant à l'invasion du chorion par ces cellules cancérisées, elle se fait aussi bien au-dessous de la portion villeuse que de la portion adénomateuse.

Cas 27106. — M. Gou...

C'est bien à une tumeur villeuse pure que l'on a affaire ; elle

est nettement cancérisée ainsi que le prouve l'absence de cellules mucipares ; l'activité kinétique intense et l'invasion large du chorion. La néoplasie réalisée est l'épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire. Nombreux éléments réactionnels.

Cas 27374. — En date du 22.9.1945. M. Pom...

L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à une tumeur adéno-villeuse cancérisée. La portion villeuse montre, beaucoup plus que la portion adénomateuse, une perte totale de la potentialité mucipare ; l'infiltration néoplasique du chorion est manifeste. Nombreux éléments réactionnels.

CHAPITRE V

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

Avant de conclure et bien que débordant quelque peu du cadre de cette étude, il nous a semblé logique d'aborder brièvement la thérapeutique de la tumeur villeuse. C'est une thérapeutique d'urgence, du fait même de la nature de la tumeur villeuse dont nous avons vu la cancérisation fréquente.

Elle peut procéder soit de la chirurgie, soit de la physiothérapie.

Traitement chirurgical.

Pour Bensaude-Caïn et Lambling, l'intervention à préconiser est l'exérèse de la tumeur par les voies naturelles sous rachi-anesthésie avec cette réserve si on veut éviter la réciproque : la résection de la totalité du pédicule en enlevant à la base de ce dernier, une couronne de muqueuse saine.

Traitement physiothérapique.

(La diathermo-coagulation.)

C'est, pour le professeur Baumel, la thérapeutique de choix. C'est une intervention simple, sans risques, pratiquement indolore, le malade perçoit une sensation de chaleur désagréable due à l'ébullition des liquides tissulaires, sensation qui cesse dès l'interruption de la coagulation.

Elle se réalise en position genu pectorale, sous rectoscopie en utilisant une pince type Marchand. On observe une réaction thermique transitoire le soir ou le lendemain de l'intervention, due à la résorption des produits de destruction tissulaire.

Lorsque la tumeur est pédiculée et proche de l'anus, en

pratiquant une anesthésie intra-sphinctérienne ou une épidurale, on peut tenter l'extériorisation, sectionner le pédicule au bistouri électrique et détruire le point d'implantation par la diathermo coagulation.

Dans tous les autres cas, on pratiquera la coagulation en employant autant de séances qu'il est nécessaire. Afin que la cure soit définitive, la destruction de la tumeur villeuse devra être méthodique, de telle manière que toutes les villosités soient sûrement coagulées.

Il ne faudra pas omettre la zone d'implantation. Le pédicule et les petites villosités végétantes de la périphérie.

Dans le mois suivant la dernière séance, on pratiquera une rectoscopie qui devra faire la preuve qu'à l'endroit d'implantation aucun bourgeon ne subsiste et que la région où siégeait le pédicule est saine.

Bien conduite, cette méthode donne d'excellents résultats et il nous semble que les insuccès rapportés par certains auteurs sont dus à ce que toutes les règles de technique n'ont pas été strictement observées.

Il est évident que si le stade de la tumeur villeuse pure ou adéno-villeuse bénigne est dépassé et lorsque l'examen anatomo-pathologique de la tumeur fait passer le diagnostic de tumeur adéno-villeuse en voie de dégénérescence, la thérapeutique sera chirurgicale.

CONCLUSIONS

De l'étude successive que nous venons de faire :

1^o du syndrome rectal, *syndrome de localisation* et non de maladie ;

2^o de l'anatomie pathologique de la tumeur vilieuse sous ses deux formes : bénigne et adéno-villeuse en voie de dégénérescence ;

3^o de la fréquence de la transformation maligne de la tumeur vilieuse.

Des conclusions de deux ordres en découlent : d'une part, des conclusions d'ordre clinique, de diagnostic ; d'autre part, des conclusions d'ordre thérapeutique.

En présence d'un syndrome rectal une seule conduite à tenir : *porter un diagnostic précis et précoce*. De la précision et de la précocité du diagnostic dépendent l'avenir du malade, en particulier dans la tumeur vilieuse car ainsi que le dit M. le Professeur Baumel :

« Porter un diagnostic de tumeur vilieuse du rectum commande une thérapeutique exempte de tout danger et met le malade à l'abri d'interventions chirurgicales graves en elles-mêmes et de toutes façons profondément mutilantes ».

Or, nous avons montré que le diagnostic de tumeur vilieuse, grâce à la rectoscopie et à la biopsie, est un diagnostic facile à établir ; qui commande une thérapeutique appropriée et bien conduite.

Cette thérapeutique quelle doit-elle être ? Pour le Professeur Baumel et ses élèves, il existe une thérapeutique de choix valable dans la plus grande majorité des cas : ou il s'agit d'une tumeur vilieuse pure ou adéno-villeuse bénigne. La *diathermo-coagulation*, qui, conduite méthodiquement, amène la guérison définitive.

Nous terminerons en insistant encore une fois de plus,

sur ce fait capital qui est la facilité qu'il y a à diagnostiquer une tumeur villeuse. Ce diagnostic, en présence d'un syndrome rectal, tout médecin praticien devra y songer, et, une fois posé, envoyer le malade d'urgence à un spécialiste pour l'acte thérapeutique. Car, nous aurons toujours présent l'esprit, la fréquence et l'importance de la tumeur villeuse dans la genèse du cancer du rectum.

BIBLIOGRAPHIE

- APPEL. — Un cas de tumeur vilieuse du rectum. Th. de Nancy, 1907.
- BAUMEL. — Pratique gastro-entérologique. Doin, Paris, 1942.
- BAUMEL et SERRE. — Tumeurs vilieuses du rectum. Etude anatomo-clinique et thérapeutique, in *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1942.
- BENSAUDE et CAIN. — Les indications, la technique et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum. *Journal de Chirurgie*, 1920.
- BENSAUDE CAIN et LAMBLING. — Les tumeurs vilieuses du rectum. *Presse médicale*, déc. 1930.
- BERTRAND (A.). — Les tumeurs vilieuses du rectum. Th. de Montpellier, 1942.
- CHARDON. — Les tumeurs vilieuses du rectum. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1906.
- GALARD. — Indication et traitement des tumeurs vilieuses du rectum. Th. Paris, 1924.
- LAMBLING. — Les tumeurs vilieuses du rectum. Th. Paris, 1928.
- QUÉNU et LANDEL. — Des tumeurs vilieuses ou épithéliomas superficiels végétants du rectum. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1894.
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 1899.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*Importance des Tumeurs villeuses dans la Genèse
des Cancers rectaux.*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 14 janvier 1946,

Le Professeur,

BAUMEL.

Vu :

Montpellier, le 16 janvier 1946,

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 17 janvier 1946.

Le Recteur :

P. MATHIAS.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Le syndrome rectal</i>	13
CHAPITRE II. — <i>L'étude anatomo-pathologique de la tumeur villeuse</i>	17
a) La tumeur villeuse normale.....	17
b) L'adéno-villeuse.....	19
c) La tumeur villeuse et adéno-villeuse cancérisée.....	20
CHAPITRE III. — <i>Le diagnostic de la tumeur villeuse</i>	22
Le toucher rectal.....	22
La rectoscopie.....	23
La biopsie.....	25
CHAPITRE IV. — <i>Les observations</i>	26
CHAPITRE V. — <i>Etude thérapeutique</i>	32
CONCLUSIONS.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36



